

Por razones de orden práctico preferimos realizar de inmediato la pielografía ascendente izquierda (fig. 3) donde se observa el riñón izquierdo sumamente elevado y comprimido por la gran masa tumoral que lo desplaza hasta el nivel del diafragma (figs. 4 y 6).

En las placas laterales se observa el uréter circundando la tumoración, la que lo desplaza fuertemente hacia adelante (fig. 5).

Con diagnóstico de gran quiste retroperineal se interviene al paciente.

PROTOCOLO OPERATORIO:

Gran lumbotomía con resección de la XII costilla y prolongación de la incisión hacia fosa iliaca izquierda.

Al abordar la fosa renal y realizar la disección de la misma aparece la enorme formación quística de paredes firmes blanco amarillentas que es posible rodear con las manos insinuándolas por algunos centímetros por fuera de la misma debido a la tensión que su contenido ejerce sobre todos los tejidos vecinos.

Al intentar progresar hacia adentro se produce un desgarro peritoneal que se sutura de inmediato. Se efectúa inyección de formol al 10 %, se aísla con compresas y se punza con trocar, aspirándose el contenido en cantidad de aproximadamente 3 lts. junto con membranas hidáticas y numerosas vesículas hijas. Se extirpa la membrana proligera con cierta dificultad a causa de su ruptura lo que no nos permite extraerla en su totalidad. No es posible visualizar el riñón, el que se palpa insinuando la mano hacia arriba en la profundidad de la fosa subdiafragmática y cuyo carácter aparentemente es normal.

Se deja un grueso tubo de drenaje. Cierre de la pared por planos.

Tiene un prolongado curso postoperatorio y es dado de alta a los 60 días con la fistula lumbar abierta.

No se realizan controles postoperatorios alejados.

Rev. Arg. Urol. Nefrol. Tomo 40, 1971
XI Congreso Argentino de Urología

ANGIOGRAFIA DEL QUISTE HIDATIDICO RENAL. PATOLOGIA VASCULAR ASOCIADA

Por los Dres. JULIO C. SALVIDEA, GLORIA E. DIAZ y JOSE L. VOLPACCHIO

(Comunicación previa)

Este trabajo tiene el carácter de una comunicación previa, pero a pesar de que se desarrolla sobre el análisis de dos casos de hidatidosis renal, en realidad se fundamenta en observaciones que hemos recogido durante la exploración de 14 hidatidosis de otras localizaciones.

En cierta medida se debe a la casualidad que hayamos realizado en los dos casos que presentaremos, estudios más completos. Los pacientes no nos fueron enviados para estudiar una patología con asiento preestablecido, sino que se apeló a la arteriografía para explotar a una de sus cualidades importantes: la capacidad de poder localizar el territorio u órgano en el que asienta el crecimiento patológico.

En las hidatidosis que hemos reunido, nos ha llamado la atención la incidencia aumentada de patología vascular, a veces localizada en las arterias que

se vinculan con el proceso quístico y en otras oportunidades en arterias alejadas del mismo.

En más de la mitad de los casos analizados, hemos encontrado alteraciones que corresponden a dos tipos de patología: una remeda a las de tipo arterioesclerótico, en pacientes jóvenes y más frecuentemente lesiones de displasia fibroelástica con una incidencia muy superior a la que se presenta en el grueso de la población.

CASO N° 1

Este estudio fue solicitado por presentar el enfermo una masa palpable en hemiabdomen izquierdo, con pielografía standard negativa. Aún así se planteaban disyuntivas diagnósticas entre bazo y riñón.

Angiográficamente se localizó una voluminosa formación quística mesorenal, con compresión y laminación del parénquima. La flebografía selectiva demuestra el total aplastamiento de la vena renal izquierda. Las arteriografías del tronco celiaco y mesentérica superior muestran solamente alteraciones de carácter inespecífico. La arteria renal contralateral es asiento de una conspicua displasia fibroelástica, tipo I, sin que por otra parte la paciente fuera hipertensa.

CASO N° 2

Se supone al paciente portador de una hidatidosis hepática de lóbulo derecho, Angiográficamente se localiza el proceso en el polo inferior renal derecho, pero la importancia del estudio consiste en la demostración de una obstrucción completa de la arteria hepática común, con revascularización de la glándula por circulación colateral establecida por la mesentérica superior por intermedio de las pancreático duodenales inferiores.

DISCUSIÓN

La difusión de los estudios angiográficos permite ampliar y profundizar antiguos conocimientos, pero en muchos terrenos va revelando situaciones patológicas hasta entonces insospechadas.

No estamos en condiciones de señalar la significación de las lesiones que hemos comentado, ni hemos podido encontrar bibliografía al respecto, habiendo tenido oportunidad de ver que nuestras observaciones eran coincidentes con las de Hernández, en un intercambio personal.

Habría que teorizar sobre la posibilidad que una fracción antigénica hidatídica fuera capaz de afectar a los vasos.

En el plano de la medicina práctica, ponemos el acento en el interés de efectuar exploraciones angiográficas más amplias en casos de hidatidosis estudiados, a fin de localizar lesiones más alejadas.

Patologías de esta naturaleza podrían arrojar luz en algunas evoluciones post-operatorias infaustas, mal explicadas por los elementos de juicio disponibles hasta ese momento.

El caso N° 2 con obstrucción completa de la arteria hepática, es altamente sugestivo en este sentido: a pesar de que para que se produzca un angor abdominal se supone que deben estar estrechados dos pedículos primarios, se debe hacer la reserva teórica de que los circuitos de suplencia pueden fallar en determinadas circunstancias haciendo menos banal la presencia de lesiones como las señaladas. Justamente este paciente, que tiene una perfecta revascularización del área hepática, es el único caso entre 1350 estudios angiográficos que presentó una ictericia fugaz en los días que siguieron al estudio.